

geste a été refait chez 70 % des patients, avec une amélioration après le troisième geste de 70 % des patients de plus de 70 %.

Conclusion.– L’infiltration épidurale par le hiatus sacrococcygien est un geste rapide, mais douloureux. Il n’a pas été constaté de complication immédiate ou à distance. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature concernant le taux d’amélioration et de tolérance.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.259

P104–FR

Ostéome ostéoïde de C3 : à propos d’une observation

A. Zaoui*, H. Lajili, S. Kanoun, M.M. Hmida, N. Rejeb
Service de médecine physique, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie
*Auteur correspondant.

Introduction.– L’ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne relativement fréquente. Sa localisation au niveau du rachis cervical est rare. Nous en rapportons une observation.

Observation.– Il s’agit d’un homme de 26 ans, sans antécédents pathologiques, qui présente depuis une année des cervicalgies hautes mécaniques déclenchées par un traumatisme cervical minime. L’examen clinique met en évidence une raideur du rachis cervical associée à une névralgie haute C3. Le bilan biologique est normal. Les radiographies standards du rachis cervical montrent une rectitude du rachis dans le plan sagittal avec une ankylose interapophysaire postérieure de C2 C3. Le scanner révèle la présence d’un ostéome ostéoïde de la lame droite de C3 mesurant 12 mm de diamètre avec un nidus central calcifié. L’IRM confirme la lésion qui est en hyposignal T1 et T2 associée à un important œdème périphérique intéressant la lame osseuse ainsi que les parties molles périphériques qui explique la névralgie C3 droite. La mise du patient sous anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) a amélioré la symptomatologie douloureuse. L’exérèse chirurgicale de l’ostéome a été réalisée avec bonne évolution.

Discussion.– La localisation de l’ostéome ostéoïde au rachis reste inhabituelle, elle représente moins de 10 % de l’ensemble des localisations osseuses de cette tumeur, loin derrière l’atteinte des os longs (75 %). La douleur est le maître symptôme, elle s’accompagne parfois de signes neurologiques et de raideur rachidienne source d’erreurs d’interprétation, de difficultés diagnostiques et donc de retard thérapeutique. En cas de doute, il faut savoir poser l’indication d’un scanner qui reste l’examen le plus spécifique et compléter par un examen anatomopathologique. Le meilleur traitement reste l’exérèse chirurgicale de la tumeur, dont la réalisation n’est pas toujours aisée.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.260

P105–FR

Instabilité C1–C2 et rhumatisme psoriasique

A. Zaoui, H. Lajili, S. Kanoun, M.M. Hmida, H. Moussa, O. Bacha, N. Rejeb
Service de médecine physique hôpital, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction.– L’atteinte du rachis cervical est habituelle, mais le plus souvent tardive au cours du rhumatisme psoriasique. Elle constitue un signe de gravité car elle évolue vers la destruction et l’ankylose, notamment du rachis cervical supérieur. L’apparition de lésions neurologiques marque un tournant évolutif de la maladie.

Cas clinique.– Nous rapportons l’observation d’un homme de 45 ans porteur d’un rhumatisme psoriasique depuis 23 ans qui présente depuis deux mois des paresthésies au niveau des extrémités avec décharge électrique au niveau de l’hémicorps gauche majorée par de la flexion du rachis cervical et fatigabilité à la marche. L’examen note un syndrome quadri pyramidal avec faiblesse musculaire : membres supérieurs et inférieurs à 3/5 en proximal et 4/5 en distal. Les radiographies standards ont montré un pincement subtotal de l’espace intervertébral C3–C4 avec recul du mur postérieur de C3. L’IRM a révélé une luxation C1–C2 avec engainement médullaire en regard et foyer de myélomalacie, un rétrolysthésis de C3 par rapport à C4 avec une compression médullaire en regard. Le malade a bénéficié d’une laminectomie C3 C4 et C5, vissage articulaire de C3 C4 C5 et réduction de C1 C2. Les résultats postopératoires étaient satisfaisants.

psoriasique, elle est observée dans 35 à 75 % des cas. Deux types de lésions radiologiques sont décrits : une atteinte cervicale supérieure et inférieure. Dans le premier cas, elle ressemble à celle de la polyarthrite rhumatoïde et il s’agit d’une luxation altoïdo axoïdienne dans 5 % des cas. Cette atteinte est responsable d’une instabilité qui expose au risque de complications neurologiques. Les signes radiographiques sont habituellement plus tardifs, ce qui rend le diagnostic plus difficile.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.261

P106–FR

Éducation thérapeutique et lombalgie chronique

I. Tavares Figueiredo^{a,*}, C. Hérisson^a, J. Pelissier^b, A. Dupeyron^b
^a Médecine physique et de réadaptation, CHU Lapeyronie Montpellier, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34000 Montpellier, France
^b CHU de Nîmes, Nîmes, France
*Auteur correspondant.

L’éducation thérapeutique peut être définie comme une aide apportée aux patients « pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver ou améliorer leur qualité de vie ».

L’éducation thérapeutique a montré son intérêt dans la lombalgie. L’évolution de nos connaissances concernant la lombalgie chronique et l’apparition du « modèle biopsychosocial » ont favorisé l’émergence de programmes multidisciplinaires. Nous présentons deux programmes de groupe associant à la fois une prise en charge dynamique et une démarche éducative formalisée, dans la lombalgie chronique.

Les patients bénéficient, dans un premier temps, d’un bilan éducatif partagé au cours duquel les objectifs sont définis avec le patient (ex : reprise activité professionnelle, sportive, gestion de la douleur, compréhension de la maladie. . .). Le programme se déroule ensuite sur une durée d’une (Nîmes) ou trois semaines (Montpellier). Il intègre des ateliers pluridisciplinaires (kinésithérapeute, ergothérapeute, médecin, psychiatre, algologue, diététicienne, infirmière, assistante sociale, médecin du travail). Les objectifs éducatifs des ateliers sont de différents types :

- savoir (comprendre la lombalgie chronique, connaître les traitements et les voies de la douleur) ;
- savoir faire (gérer la douleur et son traitement, connaître les exercices d’autorééducation, reprendre une activité sportive sans appréhension, travaux pratiques avec mise en situation, savoir composer un repas équilibré) ;
- savoir être (prendre conscience de l’importance des facteurs psychosociaux, connaître les éléments personnels de chronicité de la lombalgie, exprimer le vécu de la maladie et son retentissement, avoir une attitude optimiste, améliorer la confiance en soi et l’image du schéma corporel).

Les échanges, le partage d’expérience et le dialogue, au sein du groupe, sont également très enrichissants pour les patients. Ils participent aux modifications de comportement. Des consultations de suivi sont également réalisées. L’atteinte des objectifs éducatifs est réévaluée ainsi que les difficultés à l’amélioration de la qualité de vie discutées. La satisfaction des patients apparaît très bonne pour ce type de prise en charge.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.262

Version anglaise

P096–EN

Balneotherapy at Ilidza – from Romans to the present days

N. Vavra-Hadziahmetovic*, S. Sakota-Maric
Service de rééducation fonctionnelle, centre hospitalier universitaire Sarajevo, Bolnicka 25, 71000 Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

*Corresponding author.

Keywords: Balneotherapy; Sulfur water; Ilidza